

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Asma merupakan penyakit inflamasi kronik saluran pernapasan. Asma masih menjadi masalah kesehatan di negara maju maupun negara berkembang. Asma sering kurang terdiagnosis dan terobati secara dini. Asma dapat menimbulkan beban besar untuk individu dan keluarga dan mungkin membatasi aktivitas individu untuk seumur hidup. Asma merupakan salah satu dari lima penyebab kematian di dunia. Sebanyak 80% kematian disebabkan oleh asma terjadi di negara maju dan berkembang. Kematian akibat asma akan meningkat pada 10 tahun mendatang jika tidak segera ditangani. Pengobatan yang tepat seperti penggunaan inhalasi kortikosteroid untuk meringankan inflamasi dapat menurunkan angka kematian akibat asma (WHO, 2011).

Berdasarkan data WHO (*World Health Organization*) 2011 didapatkan bahwa 235 juta orang menderita asma. Prevalensi asma di Indonesia belum diketahui dengan pasti. Diperkirakan 2-5% penduduk Indonesia menderita asma (Oemiati *et al.*, 2010). Di Indonesia, asma masuk ke dalam sepuluh besar penyebab kesakitan dan kematian. Data dari Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) pada tahun 2005 didapatkan 225.000 orang meninggal karena asma. Untuk daerah pedesaan didapatkan prevalensi asma sebesar 4,3% sedangkan di perkotaan 6,5% (Dinkes Jogja, 2010). Prevalensi asma di perkotaan lebih tinggi dari di pedesaan disebabkan karena pola hidup di kota besar dapat meningkatkan faktor risiko terjadinya asma (Oemiati *et al.*, 2010). Prevalensi kasus asma di Jawa Tengah pada tahun 2010 sebesar 0,64%, mengalami penurunan bila dibandingkan dengan tahun 2009 sebesar 0,66% (Dinkes Jateng, 2010). Prevalensi asma di Surakarta didapatkan data sebesar 2,42% (Dinkes Jateng, 2009).

Asma merupakan penyakit yang tidak dapat disembuhkan tetapi dengan diagnosis, pengobatan dan edukasi pasien yang tepat dapat menghasilkan manajemen dan kontrol asma yang baik. Dengan terkontrolnya asma maka dapat meningkatkan kualitas hidup penderita asma (WHO, 2011). Penelitian di wilayah Asia Pasifik didapatkan data sebanyak 5% pasien asma terkontrol penuh, 35% terkontrol sebagian, 10% pasien menggunakan inhalasi steroid untuk mengontrol asma dan 68% pasien menggunakan bronkodilator. Di Indonesia belum didapatkan data yang pasti pasien dengan kontrol asma (Priyanto *et al.*, 2011).

Tingkat kontrol asma dapat dipengaruhi oleh banyak faktor, salah satunya adalah ekspresi emosi yang berlebihan misalnya kecemasan. Pasien asma cenderung memiliki kecemasan sehingga dapat mempengaruhi kontrol asma dan kualitas hidup (Urutia *et al.*, 2012). Kecemasan cenderung memperburuk penyakit asma. Kecemasan dapat menyebabkan perubahan fisiologis yang dapat menimbulkan serangan. Selama periode kecemasan, orang mungkin lupa untuk mengambil obat asma mereka, membuat serangan lebih memungkinkan (Kam, 2009).

Kontrol asma di Indonesia masih rendah. Rendahnya kontrol asma paling tidak dipengaruhi oleh dua faktor penting yaitu faktor dokter dan penderita. Dilihat dari peran dokter dalam penelitian Rabe dkk menunjukkan bahwa penggunaan obat pengontrol asma seperti kortikosteroid inhalasi pada pasien asma masih sangat rendah, yaitu sebesar 18-26%. Dokter juga terlalu rendah menilai beratnya asma yang diderita pasien sehingga memberikan resep terapi yang tidak adekuat. Sedangkan dilihat dari peran pasien, pasien juga merasa bahwa asma yang dideritanya sudah terkontrol baik. Sebanyak 89% orang tua cukup puas dengan obat yang diterima anaknya meskipun asmanya masih bergejala dan tidak terkontrol. Selain itu, pasien mengobati asma bila mempunyai gejala saja tanpa perlu memakai obat pengontrol (Sundaru, 2007).

Pasien dengan kontrol asma yang buruk lebih sering terjadi pada wanita, orang tua, dengan fungsi paru yang buruk, obesitas, cemas dan/

atau depresi. Kecemasan dan asma mempunyai korelasi yang signifikan. Kecemasan berhubungan dengan tingginya pemanfaatan pelayanan kesehatan (Marco *et al.*, 2010). Prevalensi kecemasan lebih tinggi pada pasien asma tidak terkontrol yaitu sebesar 78% (Vieira *et al.*, 2011). Kecemasan umumnya ditemukan pada pasien asma. Semakin buruk kontrol asma maka semakin berat kecemasan yang terjadi, dan sebaliknya (Cheng *et al.*, 2012).

Di Indonesia belum didapatkan data mengenai kecemasan pada asma. Oleh karena itu perlu diketahui adanya pengaruh kecemasan terhadap tingkat kontrol asma.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang, yang menjadi rumusan masalah adalah “Adakah hubungan kecemasan terhadap tingkat kontrol asma di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat (BBKPM) Surakarta?”

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui adanya hubungan kecemasan terhadap tingkat kontrol asma di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Surakarta.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui kecemasan penderita asma di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Surakarta.
- b. Untuk mengetahui tingkat kontrol asma di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Surakarta.
- c. Untuk menganalisa hubungan kecemasan terhadap tingkat kontrol asma di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Surakarta.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti
 - a. Menambah wawasan tentang kecemasan dan tingkat kontrol asma.
 - b. Peneliti mampu meningkatkan pengetahuan tentang penelitian dan aplikasinya di lapangan.
2. Bagi Pemerintah dan Institusi
 - a. Dapat mencegah terjadinya kecemasan sehingga menurunkan angka kekambuhan asma.
 - b. Dapat melakukan penanganan yang tepat terhadap kecemasan yang memicu terjadinya asma.
 - c. Dapat melakukan penanganan yang tepat terhadap asma terkontrol dan tidak terkontrol.
3. Bagi Masyarakat
 - a. Dapat meningkatkan motivasi masyarakat untuk mengurangi kecemasan sehingga kekambuhan asma dapat dikontrol.
 - b. Dapat menyadarkan masyarakat untuk melakukan kontrol asma.